

GHB-epidemiologie in Nederland en Vlaanderen

Tibor Brunt en Jochen Schrooten *

De prevalentie van het gebruik van gamma-hydroxybutyraat (GHB) in Vlaanderen en Nederland onder de algemene bevolking is relatief laag vergeleken met dat van andere middelen, maar de problematiek die gepaard gaat met GHB-gebruik is wel toegenomen, zoals blijkt uit Nederlandse cijfers van de verslavingszorg en afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's). De omvang van het gebruik in Nederland en Vlaanderen is bekeken aan de hand van prevalenties onder de algemene bevolking en uitgaanders. Daarnaast is de epidemiologie beschreven van de verslavingszorg. Uitgaansonderzoeken uit beide landen laten een aantal opvallende zaken zien. GHB doet nog steeds flink onder voor het gebruik van andere uitgaansdrugs (zoals cannabis, XTC of cocaïne). In Nederland wordt GHB relatief vaak thuis gebruikt, terwijl het in Vlaanderen voornamelijk een uitgaansdrug is. Een forse toename in de verslavingszorg lijkt een indicatie dat GHB met name in Nederland als probleemdrug kan worden beschouwd. Belangrijke overeenkomsten in de kenmerken van de cliënten uit beide landen zijn de leeftijd (die lager is dan die van andere verslavingszorgcliënten), hoge werkloosheid en cogebruik van stimulantia. GHB is geen middel dat uitsluitend door hoogopgeleide en goed geïntegreerde uitgaanders wordt gebruikt, maar ook door sociaal zwakkere groepen. Daarom benadrukken we het belang om daar zowel in de preventie als verslavingszorg speciale aandacht voor te blijven vragen.

* Dr. T.M. Brunt is wetenschappelijk medewerker en projectleider bij het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: tbrunt@trimbos.nl.

Drs. J. Schrooten is preventieprofessional en projectleider bij de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen te Brussel.

Inleiding

GHB wordt in buitenlandse literatuur over uitgaansdrugs vaak aangehaald als de opkomende drug in de jaren 2000 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011; Sumnall e.a., 2008). Aanvankelijk was het een middel dat zijn intrede deed in de recreatieve uitgaansscene, medio jaren negentig van de vorige eeuw. Na een periode van betrekkelijke stilte rond het middel kwamen er in Nederland in de tweede helft van het vorige decennium steeds meer signalen binnen, via de verslavingszorg en de weekenddiensten van SEH's, dat het middel steeds meer een probleem begon te vormen. Deze signalen hebben ervoor gezorgd dat GHB nadrukkelijker op de agenda van de publieke gezondheidszorg is terechtgekomen.

Cijfers van opnamen bij de verslavingszorg in Nederland worden vanaf 2007 apart geregistreerd voor GHB (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013); bij het aantal ongevallen op de SEH van ziekenhuizen gebeurt dat reeds vanaf 2003 (Valkenberg, 2012). Daarnaast zijn er sindsdien verschillende landelijke onderzoeken gedaan (Van der Poel e.a., 2010; Goossens e.a., 2013) naar het recreatief gebruik van GHB onder de uitgaanspopulatie in Nederland en zijn de gebruikers getypeerd door middel van kwalitatief onderzoek (Hammink & Schrijvers, 2013; Voorham & Buitenhuis, 2012). Ook wordt GHB inmiddels meegenomen in de prevalentiecijfers van middelengebruik onder de algemene bevolking (Van Rooij, Schoenmakers & Van de Mheen, 2011) en de steekproef onder scholieren van het voorgezet regulier onderwijs in Nederland (Verdurmen e.a., 2012).

Ook in Vlaanderen worden er recentelijk cijfers bijgehouden over de behandeling van GHB-verslaving (WIV, 2012, 2013) en daarnaast zijn er diverse recente onderzoeken verricht naar het gebruik van GHB onder de uitgaanspopulatie (Mobius, 2011; Rosiers, 2013; Hauspie, 2013; Desmet, 2013).

In dit artikel proberen wij de omvang van het gebruik in Nederland en Vlaanderen te schetsen, aan de hand van prevalenties onder de algemene bevolking en de groep uitgaanders. Daarnaast gaan we in op de cijfers van de verslavingszorg en staan we stil bij de verschillen en overeenkomsten tussen beide buurlanden.

Omvang GHB-gebruik

PREVALENTIE ALGEMENE BEVOLKING

De cijfers over GHB-gebruik in Nederland zijn verouderd: het laatste onderzoek is uitgevoerd in 2009 (Van Rooij, Schoenmakers & Van de Mheen, 2011). Daar kwam uit naar voren dat 1,3% van de bevolking

van 15-64 jaar ooit GHB had gebruikt; ongeveer twee derde daarvan was man en het merendeel was jonger dan 40 jaar. Het recente gebruik ofwel gebruik in het afgelopen jaar was 0,4% en het actuele gebruik ofwel gebruik in de afgelopen maand was 0,2% (dit kwam neer op 22.000 gebruikers). Onder middelbare scholieren (12-18 jaar) was het ooitgebruik in 2011 0,5% en het actuele gebruik 0,1% (Verdurmen e.a., 2012). Dit zijn lage prevalenties vergeleken met het gebruik van andere middelen, zoals cocaïne (1,7% ooitgebruik en 0,8% actueel gebruik) en cannabis (17% ooitgebruik en 8% actueel gebruik). Aangezien GHB in Vlaanderen niet is opgenomen als middel in de onderzoeken naar gebruik onder de algemene populatie, noch bij de onderzoeken bij scholieren of hogeschoolstudenten, ontbreken deze gegevens.

PREVALENTIE GHB-GEBRUIK UITGAANDERS

Nederland. Als naar het gebruik van middelen wordt gevraagd onder personen die regelmatig uitgaan, wordt logischerwijs een heel ander beeld verkregen dan bij het gebruik in de algemene bevolking. Er zijn in Nederland twee grote uitgaansonderzoeken gedaan in de afgelopen vijf jaar: in 2009 en in 2013. Het onderzoek uit 2013 was een websurvey die was uitgezet op websites voor uitgaanspubliek (zoals Partyflock.nl). Het patroon van uitgaan was onder deze groep vrij divers, van enkele keren per jaar naar een dansfeest tot ieder weekend naar een club en tientallen dansfeesten. De muzikale voorkeur was voornamelijk elektronische dansmuziek (techno en house). Onder 3.335 uitgaanders van 15-35 jaar was het ooitgebruik van GHB 21,8% en het laatstejaarsgebruik 5,1% (Goossens e.a., 2013). Dit is aanzienlijk lager dan de prevalenties voor het gebruik van XTC (70% ooitgebruik en 35% actueel gebruik) of cocaïne (40,5% ooitgebruik en 13% actueel gebruik) door deze groep uitgaanders. De cijfers zijn vergelijkbaar met de steekproef onder partybezoekers uit 2009 (Van der Poel e.a., 2009). De prevalentie was overigens het hoogst bij gebruikers ouder dan 30 jaar, en de gemiddelde startleeftijd van gebruik van GHB was met 21,7 jaar hoger dan die voor de andere middelen (< 20 jaar). Opvallend was dat GHB het vaakst thuis werd gebruikt (na het uitgaan), terwijl dat voor de andere middelen steeds tijdens het uitgaan was. Het actuele gebruik lag lager bij gebruikers uit het noorden en midden van het land, ten opzichte van de andere regio's.

Vlaanderen. In Vlaanderen voert de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) sinds 2003 onderzoek uit naar middelengebruik in het uitgaansleven, met name in clubs, op dance-events en enkele (mainstream) (rock)festivals. De laatste bevraging dateert van

2012. Hoewel het gebruik van GHB de afgelopen jaren toegenomen is, blijft het beperkt tot een kleine groep van feestvierders met een ooitgebruik van 6,8% en laatstejaarsgebruik van 3,2%. Het laatstejaarsgebruik van XTC (16,8%), cocaïne (13,6%) en speed (8,1%) ligt aanmerkelijk hoger. De GHB-gebruikers in het VAD-onderzoek zijn gemiddeld 26 jaar. Dat is niet significant verschillend van niet-GHB gebruikers in de steekproef (Rosiers, 2013). De meerderheid van de actuele gebruikers gebruikt het middel sporadisch (eenmaal per maand of minder frequent; Rosiers, 2013). Dat GHB vaker thuis wordt gebruikt dan tijdens het uitgaan (zoals in Nederland het geval is), kan in het uitgaansonderzoek 2012 niet bevestigd worden. Een meerderheid gebruikt GHB tijdens het uitgaan, tegenover een vrij kleine minderheid die het voor of na het uitgaan gebruikt.

Registraties van peer-supportprojecten Breakline en Vitalsounds (vergelijkbaar met Unity in Nederland) tonen een ander beeld van het GHB-gebruik dan het VAD-uitgaansonderzoek. Vitalsounds rapporteert een ooitgebruik van 22,3% en een laatstejaarsgebruik van 10,6% in 2012 (Hauspie, 2013). Breakline registreerde een ooitgebruik van 22,8% en een laatstejaarsgebruik van 8,3% onder de bezoekers die hun stand in 2012 bezochten (Desmet, 2013). De grootste groep van gebruikers is 25 jaar of ouder (Hauspie, 2013; Desmet, 2013).

Deze hogere prevalentiegegevens ten opzichte van het VAD-onderzoek zijn voornamelijk toe te schrijven aan een andere selectiemethode en zijn niet representatief voor de algemene groep uitgaanders. De vragenlijsten van de peer-supportprojecten worden namelijk aan de infostand, ingevuld door mensen die zich aangetrokken voelen tot die drugsinfostand (vooral drugsgebruikers, dus). Het VAD-uitgaansonderzoek hanteert juist een 'random' selectiemethode, waarbij de vragenlijsten zowel door gebruikers als niet-gebruikers worden ingevuld. Bovendien bereiken de peer-supportprojecten ook gebruikers uit undergroundscenes (zoals goa-, psytrance- en hardtechofeesten), waar drugsgebruik veel nadrukkelijker aanwezig is.

Uit de Global Drug Survey (GDS) 2013 die werd ingevuld door 2.670 Belgen, van wie een overgrote meerderheid Vlaming (84%), blijkt een ooitgebruik van GHB van 8,6%. De GDS is uitgezet op sites voor het uitgaanspubliek, dus het is geen aselechte steekproef van de populatie, maar voornamelijk de groep jongeren die uitgaan. Ondanks alle waarschuwingen over de levensgevaarlijke combinatie van alcohol en GHB, geeft één op drie respondenten uit de GDS aan GHB altijd te combineren met alcohol; nog eens 21% combineert regelmatig (Winstock & Vanhavere, 2014). Resultaten van Breakline spreken dit echter tegen: uit dit onderzoek blijkt dat er juist niet gecombineerd wordt met alco-

hol, maar vooral met speed (50%), XTC (38%) en ketamine (25%; Desmet, 2013). Van de GHB-gebruikers uit de GDS ging 20% minstens eenmaal 'out' in het afgelopen jaar, vaak te wijten aan de combinatie met alcohol; 4% van de gebruikers werd opgenomen in een ziekenhuis na GHB- of GBL-gebruik.¹ Geen enkele gebruiker rapporteerde verslavingsproblemen (Winstock & Vanhavere, 2014).

TYPOLOGIE GHB-GEBRUIKERS NEDERLAND EN VLAANDEREN

Zoals uit het genoemde onderzoek mede blijkt, is dat het bij GHB-gebruikers in Nederland en Vlaanderen niet over een specifieke groep gaat. Uit eerdere onderzoeken is al enige tijd bekend dat GHB-problematiek in Nederland vooral in bepaalde regio's speelt en dat GHB gebruikt wordt in diverse settings en door diverse gebruikersgroepen (De Jong e.a., 2008; Hertoghs, 2010). Een kwalitatief onderzoek door het Trimbos-instituut onder 24 gebruikers en 12 preventie- en verslavingsprofessionals heeft getracht diverse profielen van 'de' GHB-gebruiker te beschrijven. Daaruit kwamen grofweg drie typen gebruikers naar voren: uitgaanders, gemarginaliseerde groepen en thuisgebruikers (Voorham & Buitenhuis, 2012). Een vergelijkbaar onderzoek, door het IVO, vond dezelfde typen gebruikers (Hammink & Schrijvers, 2013). Daarnaast zijn er enkele kwalitatieve onderzoeken gedaan in Vlaanderen, die ook de GHB-gebruiker beschrijven en de scènes waarbinnen het middel frequent wordt gebruikt (Autrique, 2011; Mobius, 2011).

Uitgaanders. Tot de Nederlandse uitgaanders behoren jongeren die GHB gebruiken vanwege het ontremmende effect. Zij verschillen niet van de groep jongeren die andere middelen gebruikt. Vaak worden andere middelen (zoals XTC en cocaïne) gecombineerd met GHB. Deze groep uitgaanders gaat naar (mainstream) techno- en trancefeesten. Een andere groep uitgaanders, bij wie GHB altijd al bijzonder populair is geweest, zijn de mensen die zich in het homocircuit of het swingerscircuit begeven. Deze groep is ouder dan de groep die zich in het reguliere dancecircuit begeeft. Bij deze gebruikers speelt het erotiiserende effect van GHB een grote rol.

Ook in Vlaanderen is een groep van uitgaanders te herkennen die niet alleen de klassieke partydrugs, maar ook GHB en GBL consumeren. Met name in de Vlaamse techno- en housescene en in de gay-fetisjscene is het middel geliefd (Autrique, 2011; Mobius, 2011). De respondenten van het kwalitatieve onderzoek geven aan dat GHB zeer veel

1 Gamma-butyrolactone (GBL) is een chemische voorloper van GHB.

gebruikt wordt en gecombineerd wordt met andere middelen. Problemen met drugs (zoals overgeven, 'out' gaan en ademhalingsdepressie) zijn vaak GHB- of GBL-gerelateerd, al dan niet in combinatie met alcohol of andere middelen (Autrique, 2011). Het blijkt slechts een kleine minderheid die erop kickt om volledig weg te zijn en met opzet te veel GHB neemt (Mobius, 2011). De populariteit is voornamelijk te verklaren doordat het middel goedkoop is en makkelijk beschikbaar is via internet. Bovendien zijn GHB en GBL niet aantoonbaar door de drugstest van de verkeerspolitie.

Gemarginaliseerde groepen. In het oosten, noorden en zuiden van Nederland (niet in de Randstad) worden gemarginaliseerde groepen gesignaleerd die GHB gebruiken (Voorham & Buitenhuis, 2012). Het gaat volgens de preventie- en verslavingsprofessionals vooral om mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). GHB wordt bijvoorbeeld gebruikt als een goedkoop alternatief voor alcohol en het wordt gecombineerd met vele andere middelen. GHB wordt door deze groep vaak gecombineerd met speed (Voorham & Buitenhuis, 2012; Brunt e.a., 2013).

Thuisgebruikers. Ten slotte zijn er mensen die GHB voornamelijk thuis gebruiken (Voorham & Buitenhuis, 2012; Hammink & Schrijvers, 2013). Daarin zijn twee verschillende groepen te onderscheiden: mensen die GHB in gezelschap van vrienden, kennissen of de partner gebruiken en mensen die het middel in hun eentje gebruiken. Bij de eerste groep van thuisgebruikers kan het middel als doel hebben om makkelijker met anderen te interacteren. Vaak zijn het mensen die GHB gebruiken nadat ze op een feest zijn geweest. GHB dempt de werking van de eerder genomen uppers. Dit type gebruiker zien we ook in Vlaanderen. Op thuisfeesten en afterparty's thuis, zeker in het gay-fetisjmilieu, vloeit de GHB rijkelijk (Autrique, 2011).

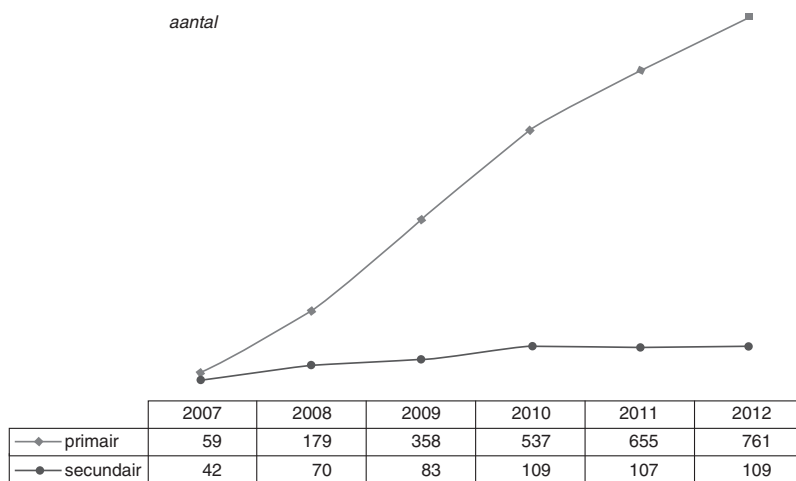
De tweede groep thuisgebruikers zijn mensen die veelal afhankelijk zijn geraakt van GHB (Voorham & Buitenhuis, 2012). Voor deze groep is GHB-gebruik vaak geen sociale gelegenheid meer, maar een noodzaak om de ontwenningsklachten te onderdrukken. Ondanks het feit dat ze afhankelijk zijn, kunnen ze soms nog heel lang doorgaan met het gebruik, voordat ze aankloppen bij de verslavingszorg. Het gebruik valt vaak niet op en deze mensen kunnen GHB de hele dag door goed doseren, zodat hun klachten lang onopgemerkt blijven voor de omgeving. Het is een heel diverse groep, die lastig te typeren valt. De gebruikers komen vaak pas goed in beeld, als ze uiteindelijk toch bij de verslavingszorg terechtkomen (zie hierna).

Omvang van GHB in de verslavingszorg

NEDERLAND

In Nederland worden de cijfers over de verslavingszorg verzameld door het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS; Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013; Wisselink & Mol, 2013). In 2012 waren 761 personen in behandeling voor primaire GHB-problematiek. Dit is een laag aantal, vergeleken bij middelen zoals cannabis, cocaïne of heroïne. Echter, de GHB-hulpvraag is door de tijd behoorlijk toegenomen: van 0,1% (4 per 1 miljoen inwoners) in 2007 naar 1,2% (48 per 1 miljoen inwoners) in 2012 (zie figuur 1). Van de hulpvragers was 67% man, de gemiddelde leeftijd van de cliënten was 29 jaar (een derde was jonger dan 25) en de gemiddelde startleeftijd van gebruik was 23 jaar. Het verschil in leeftijd van mensen in behandeling ten opzichte van de leeftijd van mensen die recreatief gebruiken, zou wel eens verklaard kunnen worden door het feit dat chronisch gebruik lange tijd onopgemerkt kan blijven (Voorham & Buitenhuis, 2012). De gemiddelde leeftijd van GHB-afhankelijke cliënten is echter wel een stuk lager dan die van verslavingszorgcliënten in het algemeen (38 jaar).

GHB vormt hoofdzakelijk de primaire problematiek; twee derde van de personen in behandeling had geen secundair middelenprobleem (Wisselink & Mol, 2013). Dit is hoger dan voor middelen als cocaïne of amfetamine, waar relatief vaker ook andere middelen een primaire rol spelen. Bij de groep met een ander middel als secundair probleem



Figuur 1 Stijging van de GHB-hulpvraag bij de verslavingszorg in Nederland in 2007-2012.

of GHB als secundair probleem zou de combinatie van stimulantia een rol kunnen spelen, de verslaafde gebruiker zou een verdovend middel als GHB kunnen gebruiken om de effecten van stimulantia (zoals amfetamine en cocaïne) te dempen en vice versa (Brunt e.a., 2013). De terugval van GHB-verslaafden is hoog (zie hierna).

GHB monitor. Uit de literatuur blijkt dat een GHB-verslaving lastig te behandelen is en dat een behandeling met benzodiazepinen (de standaardbehandeling) vaak niet aanslaat (Van Noorden, e.a., 2009, 2010; McDonough e.a., 2004; Sivilotti e.a., 2001). De GHB monitor van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) monitort cliënten die een detoxificatieproces doorlopen in de verslavingszorg. Vanwege de hoge behandelingsresistentie voor benzodiazepinen is in het kader van dit project besloten te detoxificeren met medicinale GHB of Xyrem® (Van Noorden e.a., 2010; Dijkstra, e.a., 2013; De Jong e.a., 2012). Dit protocol is analoog aan de behandeling van heroïneverslaafden met opiaten (Amato, Minozzi & Davoli, 2004). Zes instellingen voor verslavingszorg maken deel uit van de GHB monitor; bij deze instellingen werden tot 2013 in totaal 229 unieke patiënten behandeld en gevolgd in 18 maanden tijd (Dijkstra e.a., 2013). Van deze groep was 69% man en de groep had een gemiddelde leeftijd van 29,4 jaar; zeer vergelijkbare cijfers met de landelijke groep van het LADIS.

Opvallend bij de groep van de GHB monitor is dat ruim de helft een overwegend laag opleidingsniveau tot geen opleiding genoten heeft en een derde een uitkering had op het moment van de behandeling. De GHB monitor volgt wel hoofdzakelijk de groep patiënten met GHB als primair probleem, maar veel van deze patiënten blijken ook polydrug-gebruikers, evenals de grotere groep van het LADIS (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013; Wisselink & Mol, 2013). Bijna de helft van de groep van de GHB monitor maakte de GHB zelf of liet het door een vriend maken, iets wat met een middel als GHB relatief gemakkelijk is. Ruim twee derde van de groep gebruikte GHB thuis en alleen. Beginnen met GHB-gebruik gebeurde vaker in sociaal verband en in het uitgaansleven.

Problemen willen vergeten en slaapklachten willen bestrijden werden het vaakst genoemd door de patiënten op het moment van hun behandelverzoek. Daarnaast is opvallend dat deze patiëntengroep een hoge comorbiditeit had met andere psychische stoornissen, zoals bepaald met de Depressie-Angst-Stress Schaal (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995): 52% scoorde boven de drempelwaarde voor angstklachten, 38% voor depressie en 38% voor stresssymptomatologie.

VLAANDEREN

In Vlaanderen zijn gegevens over de behandeling van GHB-gebruikers schaars. De meest recente en bruikbare zijn de gegevens die het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft verzameld bij elf gespecialiseerde behandelcentra in Vlaanderen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2012, 2013). In 2011 registreerde men 78 en in 2012 65 behandel episodes voor GHB als hoofdproduct. GHB is verantwoordelijk voor ongeveer 1,5% van de behandelingen in deze centra. De meerderheid van de cliënten is man (73%), met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar. Een grote meerderheid (73%) is werkloos. Meer dan 60% van de GHB gebruikers gebruikt ook amfetaminen en 27% gebruikt cannabis. De gemiddelde leeftijd van eerste gebruik van GHB bij de totale groep patiënten was 19,5 jaar. Voor bijna twee op drie cliënten betrof het niet de eerste opname.

VERGELIJKING SITUATIE NEDERLAND EN VLAANDEREN

Als wordt gekeken naar de uitgaansonderzoeken die in beide landen zijn uitgevoerd, valt een aantal zaken op. GHB doet nog steeds flink onder voor het gebruik van andere uitgaansdrugs (zoals cannabis, ecstasy en cocaïne). Op basis van de meest recente gegevens van de VAD lijkt GHB in Vlaanderen minder populair te zijn dan in Nederland (21,8% ooitgebruik en 5,1% laatstejaarsgebruik, tegenover respectievelijk 6,8% en 3,2% in Vlaanderen). Hiervoor zijn echter wel verklaringen denkbaar. Ten eerste ligt het gebruik van partydrugs in Vlaanderen in het algemeen lager dan in Nederland. Een tweede mogelijke verklaring is dat als het regent in Nederland, het druppelt in Vlaanderen. Met andere woorden: Vlaanderen volgt wat betreft trends meestal met enige vertraging. Er zou dus nog een mogelijke toename van GHB-gebruik kunnen volgen in Vlaanderen.

Wat bovendien opvalt is dat er enkele belangrijke overeenkomsten zijn in de kenmerken van de cliënten in beide landen: achter in de twintig, meestal man, werkloos, cogebruik van stimulantia en een hoge terugval na behandeling. De leeftijd waarop met GHB-gebruik wordt begonnen lijkt echter wel een stuk lager te liggen in Vlaanderen. Er is echter bij de hier besproken onderzoeken wel een belangrijke kanttekening te plaatsen: het zijn alle geselecteerde steekproeven en de methoden van werving en selectie verschillen onderling nogal. Zo is het verschil tussen polygebruik van alcohol en GHB uit de GDS en andere uitgaansonderzoeken in Vlaanderen te verklaren doordat gebruikers die met peer-support in contact komen vermoedelijk bewuster zijn van de effecten en risico's dan de gemiddelde respondent uit de GDS, en dit doorvertalen naar meer verantwoord gebruikersgedrag.

Tot besluit

De prevalentie van GHB-gebruik in Vlaanderen en Nederland onder de algemene bevolking is relatief laag, maar de problematiek die gepaard gaat met GHB-gebruik is de afgelopen tijd wel toegenomen, zoals blijkt uit de Nederlandse cijfers van de verslavingszorg en SEH's. Er is een indicatie dat GHB met name in Nederland als probleemdrug kan worden beschouwd. De bijna exponentiële stijging van zowel het aantal gevallen dat zich aanmeldt voor behandeling bij de verslavingszorg, als de gevallen die zich aandienen bij de SEH over de laatste jaren, onderstrepen dit beeld. Er zijn in Vlaanderen zeker ook signalen van problemen met GHB (o.a. op SEH's), maar die blijven voorlopig grotendeels onder de radar, mede doordat er in Vlaanderen minder goede registratiesystematiek is en er weinig onderzoek plaatsvindt. Echter, als we kijken naar de absolute cijfers van de verslavingszorg in beide landen, dan vormen GHB-gerelateerde problemen nog steeds een klein aandeel in het aantal behandelingen voor drugsproblematiek (beide circa 1%).

Alhoewel schattingen van het aantal probleemgebruikers ontbreken, zou er sprake kunnen zijn van een behandelkloof. Het lijkt normaler te worden om 'out' te gaan op GHB en ook zijn er mensen die herhaaldelijk bij de SEH belanden. Dit versterkt het beeld van een grotere groep met problematisch gebruik, dan alleen de mensen die in behandeling bij de verslavingszorg zijn.

GHB wordt wel de 'nieuwe heroïne' genoemd, vanwege zijn hoge verslavingspotentieel en de ernstige onthoudingsproblematiek. Aangezien GHB geen middel meer is dat uitsluitend door hogeropgeleide en goed geïntegreerde uitgaanders wordt gebruikt, maar ook door sociaal zwakkere groepen uit de bevolking met een hoge comorbiditeit van angst en depressie, is het van belang om dat aspect in de preventie en verslavingszorg mee te nemen. Aangezien lage opleiding, werkloosheid en polydruggebruik enkele gemeenschappelijke kenmerken zijn van de groepen in behandeling in zowel Vlaanderen als Nederland, is het bijvoorbeeld zaak te zoeken naar een nieuw perspectief voor deze mensen.

Summary

GHB-epidemiology in the Netherlands and Flanders

Tibor Brunt & Jochen Schrooten

The prevalence of GHB use in Flanders and the Netherlands among the general population is relatively low, but problematic GHB use has increased, as evidenced by the Dutch figures of addiction and emergency first aid. The extent of use in the Netherlands and Flanders is examined on the basis of prevalence among the general population to the group of clubbers. In addition, the epidemiology of addiction is described. Studies from both countries have shown some interesting findings. GHB use is still considerably low to that of other recreational drugs such as cannabis, XTC or cocaine. In the Netherlands, GHB is relatively often used at home, while in Flanders it is mainly used in clubs. A sharp increase in addiction treatment indicates that GHB in the Netherlands can be considered a 'problem drug'. Similar characteristics of addiction clients of both countries are age, gender (male), high unemployment, and co-use of stimulants. GHB is not a drug that is used exclusively by highly educated, well-integrated, clubbers, but also by groups of lower social economic status. Therefore, GHB deserves special attention, both in terms of prevention and addiction care.

Literatuur

- Amato, L., Minozzi, S. & Davoli, M. (2004). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD003409. Systematische review.
- Autrique, M. (2011). *Uitgaansonderzoek 2011 Kwalitatief luik gay fetisjscene*. Intern rapport. Brussel: VAD.
- Benschop, A., Nabben, T. & Korf, D.J. (2012). Trends and patterns in licit and illicit drug use in nightlife and among secondary school pupils in Amsterdam, 2011. *Bonger International Bulletin*, 2, 1-5.
- Brunt, T.M., Koetr, M.W., Hertoghs, N., Noorden, M.S. van & Brink, W. van den (2013). Sociodemographic and substance use characteristics of gamma hydroxybutyrate (GHB) dependent inpatients and associations with dependence severity. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 316-319.
- Desmet, J. (2013). *Breakline jaarrapport 2012*. Antwerpen: Vagga.
- Dijkstra, B.A.G., Weert-van Oene, G.H. de, Verbrugge, C.A.G. & Jong, C.A. de (2013). GHB Detoxificatie met farmaceutische GHB. Eindrapportage van de

- monitoring van DeTITap in de Nederlandse verslavingszorg. Internet: www.nispa.nl/sites/default/files/2013-03-r8%20Presentatie%20GHB%20monitor%20eindcongres%20BD.pdf. Nijmegen: NISPA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Early warning system about GHB*. Lissabon: EMCDDA.
- Goossens, F., Frijns, T., Hasselt, N.E. van & Laar, M.W. van (2013). *Het grote uitgaansonderzoek 2013. Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hamminck, A. & Schrijvers, C. (2013). *Ghb-gebruik onder hangjongeren en thuisgebruikers*. Tijdschrift voor Verslaving, 9, 59-69.
- Hauspie, B. (2013). *Vitaosunds jaarrapport 2012*. Mene: CAW Stimulans.
- Hertoghs, N. (2010). *Verslaafd aan outgaan*. Bachelor thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit/Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jong, C.A.J. de, Kamal, R., Dijkstra, B.A.G. & Haan, H.A. de (2012). *Gamma-hydroxybutyrate detoxification by titration and tapering*. *European Addiction Research*, 18, 40-45.
- Jong, M. de, Poelmans, I., Linck, H. & Ernst, M. (2008). *Tendens 2008: alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen in Gelderland*. Stichting Iriszorg: Arnhem.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- McDonough, M., Kennedy, N., Glasper, A. & Bearn, J. (2004). Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 3-9.
- Mobius, D. (2011). *Uitgaansonderzoek 2011. Kwalitatief luik techno/housscene*. Intern rapport. Brussel: VAD.
- Noorden, M.S. van, Dongen, L.C.A.M. van, Zitman, F.G. & Vergouwen, A.C. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *General Hospital Psychiatry*, 31, 394-396.
- Noorden, M.S. van, Kamal, R., Jong, C.A. de, Vergouwen, A.C. & Zitman, F.G. (2010). GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom: diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A1286.
- Poel, A. van der, Doehkie, J., Verdurmen, J., Wouters, M. & Laar, M. van (2010). *Feestmeter 2008-2009: uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht: Trimbos-instituut/Amsterdam: Bonger Instituut.
- Rooij, A.J. van, Schoenmakers, T.M. & Mheen, D. van de (2011). *Nationaal prevalentie onderzoek middelengebruik 2009. Kerncijfers*. Rotterdam: IVO.
- Rosiers, J. (2013). *Uitgaansonderzoek 2012. Kwantitatief luik*. Brussel: VAD.
- Sivilotti, M.L., Burns, M.J., Aaron, C.K. & Greenberg, M.J. (2001). Pentobarbital for severe gamma-butyrolactone withdrawal. *Annals of Emergency Medicine*, 38, 660-665.
- Sumnall, H.R., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J.C. & Benyon, C.M. (2008). Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 286-290.
- Valkenberg, H. (2012). *SEH-behandelingen naar aanleiding van GHB-gebruik*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorselar, S. van, Vermeulen, E., Lokman, S. &

- Vollenbergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Voorham, L. & Buitenhuis, S. (2012). *GHB-gebruik(ers) in beeld. Een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2012). *Belgisch nationaal drug rapport 2011*. Internet: workspaces.wiv-isp.be/bmcdda/documents/publications/bar/2011/belgian%20national%20report%20drugs%202011_full.pdf.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2013). *Belgisch nationaal drug rapport 2012*. Internet: workspaces.wiv-isp.be/bmcdda/documents/publications/bar/2012/belgian%20national%20report%2000n%20drugs%202012.pdf.
- Winstock, A. & Vanhavere, T. (2014). *Global drug survey report 2013*. Londen: GDS.
- Wisselink, D.J. & Mol, A. (2013). *GHB hulpvraag in Nederland: belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012*. Houten: IVZ.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2013). *Kerncijfers verslavingszorg 2012. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.